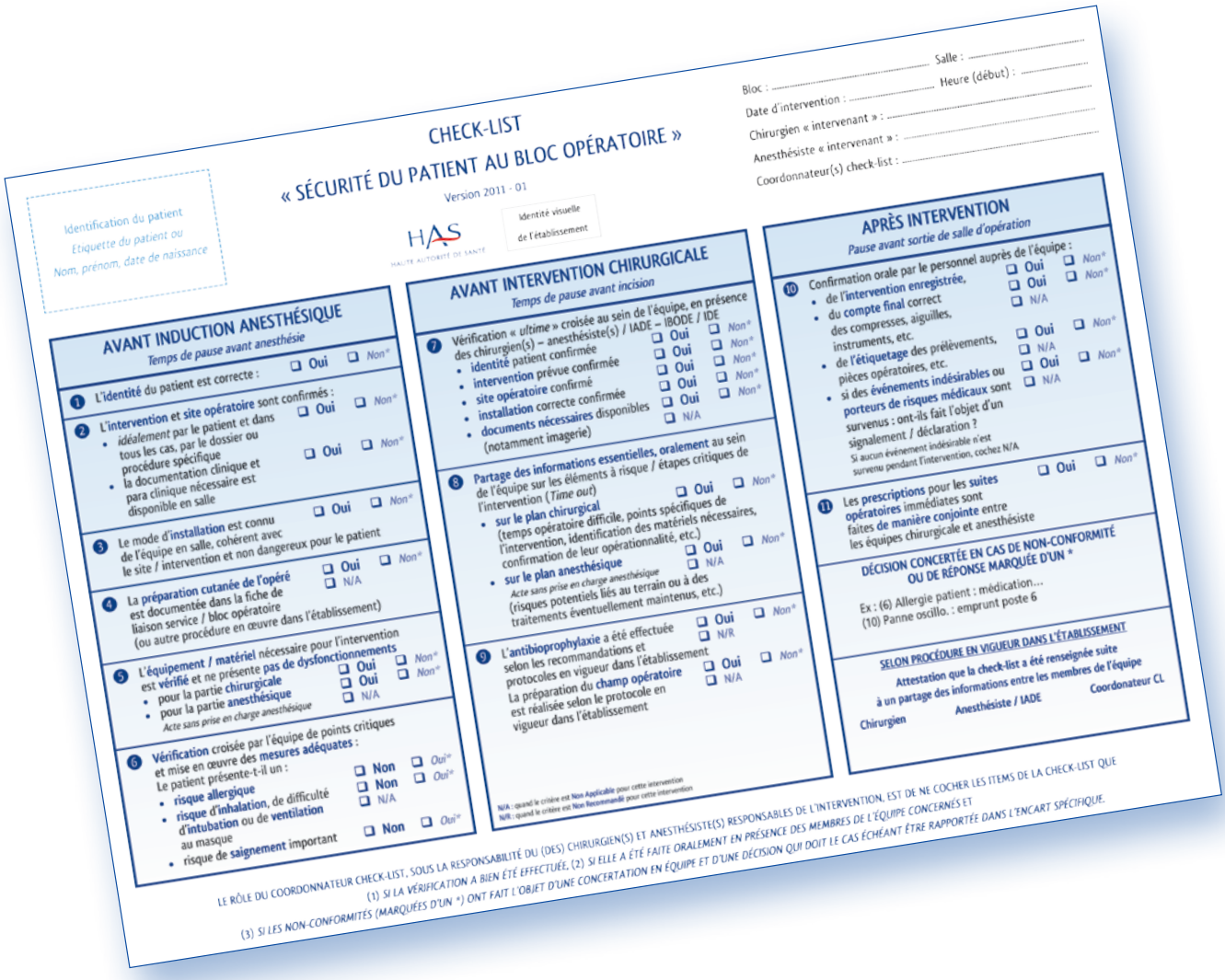
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Pour une meilleure utilisation de la check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire"



CHECK-LIST
« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »
Version 2011 - 01

Identification du patient
Etiquette du patient ou
Nom, prénom, date de naissance

Identité visuelle de l'établissement

Bloc : Salle :
Date d'intervention : Heure (début) :
Chirurgien « intervenant » :
Anesthésiste « intervenant » :
Coordonnateur(s) check-list :

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE
Temps de pause avant anesthésie

1. L'identité du patient est correcte : ☐ Oui ☐ Non*
2. L'intervention et site opératoire sont confirmés :
   - idéalement par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique ☐ Oui ☐ Non*
   - la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle ☐ Oui ☐ Non*
3. Le mode d'installation est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / intervention et non dangereux pour le patient ☐ Oui ☐ Non*
4. La préparation cutanée de l'opéré est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) ☐ Oui ☐ N/A ☐ Non*
5. L'équipement / matériel nécessaire pour l'intervention est vérifié et ne présente pas de dysfonctionnements
   - pour la partie chirurgicale ☐ Oui ☐ Non*
   - pour la partie anesthésique ☐ Oui ☐ Non*
   Acte sans prise en charge anesthésique ☐ N/A
6. Vérification croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des mesures adéquates :
   Le patient présente-t-il un :
   - risque allergique ☐ Non ☐ Oui*
   - risque d'inhalation, de difficulté d'intubation ou de ventilation au masque ☐ Non ☐ Oui* ☐ N/A
   - risque de saignement important ☐ Non ☐ Oui*

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE
Temps de pause avant incision

7. Vérification « *ultime* » croisée au sein de l'équipe, en présence des chirurgien(s) – anesthésiste(s) / IADE – IBODE / IDE
   - identité patient confirmée ☐ Oui ☐ Non*
   - intervention prévue confirmée ☐ Oui ☐ Non*
   - site opératoire confirmé ☐ Oui ☐ Non*
   - installation correcte confirmée ☐ Oui ☐ Non*
   - documents nécessaires disponibles (notamment imagerie) ☐ Oui ☐ Non* ☐ N/A
8. Partage des informations essentielles, oralement au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (*Time out*)
   - sur le plan chirurgical (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.) ☐ Oui ☐ Non*
   - sur le plan anesthésique *Acte sans prise en charge anesthésique* (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.) ☐ Oui ☐ Non* ☐ N/A
9. L'antibioprophylaxie a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement ☐ Oui ☐ Non* ☐ N/R
   La préparation du champ opératoire est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement ☐ Oui ☐ Non* ☐ N/A

N/A : quand le critère est Non Applicable pour cette intervention
N/R : quand le critère est Non Recommandé pour cette intervention

APRÈS INTERVENTION
Pause avant sortie de salle d'opération

10. Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :
    - de l'intervention enregistrée, ☐ Oui ☐ Non*
    - du compte final correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. ☐ Oui ☐ Non* ☐ N/A
    - de l'étiquetage des prélèvements, pièces opératoires, etc. ☐ Oui ☐ Non* ☐ N/A
    - si des événements indésirables ou porteurs de risques médicaux sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? ☐ Oui ☐ Non* ☐ N/A
    Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cochez N/A
11. Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe entre les équipes chirurgicale et anesthésiste ☐ Oui ☐ Non*

DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE RÉPONSE MARQUÉE D'UN *

Ex : (6) Allergie patient : médication…
(10) Panne oscillo. : emprunt poste 6

SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT

Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe
Chirurgien — Anesthésiste / IADE — Coordonateur CL

LE RÔLE DU COORDONNATEUR CHECK-LIST, SOUS LA RESPONSABILITÉ DU (DES) CHIRURGIEN(S) ET ANESTHÉSISTE(S) RESPONSABLES DE L'INTERVENTION, EST DE NE COCHER LES ITEMS DE LA CHECK-LIST QUE (1) SI LA VÉRIFICATION A BIEN ÉTÉ EFFECTUÉE, (2) SI ELLE A ÉTÉ FAITE ORALEMENT EN PRÉSENCE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE CONCERNÉS ET (3) SI LES NON-CONFORMITÉS (MARQUÉES D'UN *) ONT FAIT L'OBJET D'UNE CONCERTATION EN ÉQUIPE ET D'UNE DÉCISION QUI DOIT LE CAS ÉCHÉANT ÊTRE RAPPORTÉE DANS L'ENCART SPÉCIFIQUE.

Evaluer l'utilisation de la check-list au bloc opératoire

Sommaire

Introduction 3-4

Sécurité du patient au bloc opératoire

La check-list 5-6

NIVEAU 1

1. La check-list est-elle utilisée ? 7

1.1 Evaluation organisationnelle 8

1.2 Evaluation des pratiques 8

NIVEAU 2

2. La check-list est-elle bien utilisée ? 9

2.1 Audit des pratiques 10

2.2 Questionnaire individuel d'opinion sur l'utilisation de la check-list 11-12

NIVEAU 3

3. La check-list a-t-elle un impact organisationnel ? 13

3.1 Evaluation de l'impact induit par la CL 14

3.2 Evaluation de la culture de sécurité des soins 15-18

NIVEAU 4

4. La check-list a-t-elle un impact pour les patients ? 19

4.1 Evaluation de l'impact direct de la CL pour les patients 20

4.2 Evaluation de l'impact des programmes de sécurité des soins 20

Introduction

Evaluation de l'utilisation de la check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire"

"Nous avons tendance à améliorer ce que nous évaluons"
DC Leach - 2004.

La check-list (CL) *"Sécurité du patient au bloc opératoire"* est un programme développé pour améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients, lors des interventions chirurgicales.
La CL vise notamment à améliorer le travail en équipe au bloc opératoire, en favorisant le partage des informations et la vérification croisée par les membres de l'équipe médico-soignante, de critères considérés comme essentiels au bon déroulement de toute intervention chirurgicale qu'elle soit programmée ou réalisée en urgence.

L'efficacité des programmes type CL a été démontrée de manière convaincante, dans différents travaux internationaux[1,2,3]. L'utilisation de la CL au bloc opératoire permet notamment de réduire la morbi-mortalité opératoire de près de 30 %.
C'est la raison pour laquelle depuis le 1er janvier 2010, la HAS évalue systématiquement dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé, l'utilisation de la CL au titre de pratique exigible prioritaire (PEP).

Les évaluations réalisées un an après sa mise en œuvre en France montrent que si la CL est utilisée de manière quasi-exhaustive dans tous les blocs opératoires, elle ne l'est pas toujours de manière optimale, ce qui compromet son efficacité.

Au vu de ces constats, la HAS et le groupe national CL, comportant la représentation de toutes les catégories de professionnels travaillant au bloc opératoire, proposent aux établissements de santé (ES) un certain nombre de dispositions afin d'améliorer l'utilisation de la CL au bloc opératoire – *vous pouvez en trouver le détail sur le site de la HAS.*
Parmi ces dispositions, le groupe national check-list propose que les établissements réalisent sous la supervision de la CME (Commission ou conférence médicale d'établissement), une **auto-évaluation de l'utilisation de la CL au bloc opératoire**.
Sur la base des résultats de cette autoévaluation, les directions et CME pourront mettre en œuvre localement les améliorations souhaitables à une meilleure efficience de ce programme. Il faut aussi souligner que l'évaluation de l'utilisation de la CL est une demande clairement formulée par les patients représentés au sein du groupe national CL par l'association le LIEN.

Dans le cadre de leur gouvernance, il est du ressort des établissements et CME de mettre en œuvre toute démarche visant à améliorer la sécurité des soins délivrés aux patients, dont la check-list *"Sécurité du patient au bloc opératoire"*.

Afin d'améliorer l'utilisation de la check-list, la HAS et le groupe national check-list proposent aux établissements de réaliser une auto-évaluation de l'utilisation de la check-list au bloc opératoire, évaluation dont les résultats leurs permettront de développer des solutions locales d'amélioration adaptées aux spécificités de l'établissement.

---

[1] Haynes A.,Weiser T., Berry,W., Lipsitz S., Breizat, Dellinger, Herbosa, Joseph, S., Kibatala, P., Lapitan, C., Merry, A., Moorthy, K., Richard K, Taylor B., A. Gawande,A. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population, *N Engl J Med 2009;*360:491-9
[2] Neily J., Mills P., Young-Xu Y., Carney, B., West P., Berger D., Mazzia D., Paull D., Bagian J. Association Between Implementation of a Medical Team Training Program and Surgical Mortality, *JAMA. 2010*;304(15):1693-1700
[3] De Vries, E., Prins H., Crolla R., and the SURPASS group, Effect of a Comprehensive Surgical safety System on Patient Outcomes, *N Eng J. Med 2010*, 363:1928-1937

Introduction *(suite)*

Ce document présente différentes modalités d'évaluation et de suivi de l'utilisation de la CL au bloc opératoire – ces supports ont été élaborés par les professionnels du groupe national CL. L'objectif est de fournir, aux établissements et CME, les moyens d'apprécier l'utilisation réelle de la CL au quotidien dans leurs blocs opératoires et de préciser les freins à son utilisation afin de proposer les modalités d'adaptation aux spécificités locales.

La HAS et le groupe national CL mettent à disposition des établissements ce document recensant toutes les modalités d'évaluation de l'utilisation de la CL. Les professionnels choisiront le ou les support(s) qui leurs semble(nt) les plus approprié(s) à leurs spécificités. Ces grilles sont bien évidemment modifiables selon les démarches déjà entreprises dans l'établissement.

Ces supports sont présentés de manière schématique en **4 niveaux** permettant d'appréhender de manière croissante les différents problèmes posés par l'intégration en routine, de ce type de programme.

Il est important de rappeler que la CL n'est qu'un moyen pour améliorer la sécurité des soins, aussi ce programme intègre t-il, aux niveaux 3 et 4, l'évaluation de la culture sécurité et de l'impact des programmes mis en œuvre au sein de l'établissement.

Ces supports élaborés par les professionnels ont été conçus pour être utilisés dans le cadre d'une **évaluation *formative***, en vue d'améliorer les modes de travail collaboratifs au bloc opératoire.

Après une phase de validation par leur utilisation dans la "vraie vie" des blocs opératoires français, ces supports pourront être utilisés dans une deuxième phase afin de construire un indicateur dit composite permettant d'agréger les résultats en vue de faciliter leur suivi par les professionnels, voire de comparer les établissements dans une dynamique d'amélioration.

Identification du patient
Etiquette du patient ou
Nom, prénom, date de naissance

CHECK-LIST
« SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE »

Version 2011 - 01

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Identité visuelle
de l'établissement

Bloc : ..... Salle : .....
Date d'intervention : ..... Heure (début) : .....
Chirurgien « intervenant » : .....
Anesthésiste « intervenant » : .....
Coordonnateur(s) check-list : .....

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE
Temps de pause avant anesthésie

1 L'**identité** du patient est correcte : ❑ **Oui** ❑ *Non**

2 L'**intervention** et **site opératoire** sont confirmés :
- *idéalement* par le patient et dans tous les cas, par le dossier ou procédure spécifique ❑ **Oui** ❑ *Non**
- la documentation clinique et para clinique nécessaire est disponible en salle ❑ **Oui** ❑ *Non**

3 Le mode d'**installation** est connu de l'équipe en salle, cohérent avec le site / intervention et non dangereux pour le patient ❑ **Oui** ❑ *Non**

4 La **préparation cutanée de l'opéré** est documentée dans la fiche de liaison service / bloc opératoire (ou autre procédure en œuvre dans l'établissement) ❑ **Oui** ❑ *Non** ❑ N/A

5 L'**équipement / matériel** nécessaire pour l'intervention est **vérifié** et ne présente **pas de dysfonctionnements**
- pour la partie **chirurgicale** ❑ **Oui** ❑ *Non**
- pour la partie **anesthésique** ❑ **Oui** ❑ *Non**
  Acte sans prise en charge anesthésique ❑ N/A

6 **Vérification** croisée par l'équipe de points critiques et mise en œuvre des **mesures adéquates** :
Le patient présente-t-il un :
- **risque allergique** ❑ **Non** ❑ *Oui**
- **risque** d'**inhalation**, de difficulté d'**intubation** ou de **ventilation** au masque ❑ **Non** ❑ *Oui** ❑ N/A
- risque de **saignement** important ❑ **Non** ❑ *Oui**

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE
Temps de pause avant incision

7 Vérification « *ultime* » croisée au sein de l'équipe, en présence des chirurgien(s) – anesthésiste(s) / IADE – IBODE / IDE
- **identité** patient confirmée ❑ **Oui** ❑ *Non**
- **intervention** prévue confirmée ❑ **Oui** ❑ *Non**
- **site opératoire** confirmé ❑ **Oui** ❑ *Non**
- **installation** correcte confirmée ❑ **Oui** ❑ *Non**
- **documents nécessaires** disponibles (notamment imagerie) ❑ **Oui** ❑ *Non** ❑ N/A

8 **Partage des informations essentielles, oralement** au sein de l'équipe sur les éléments à risque / étapes critiques de l'intervention (*Time out*)
- **sur le plan chirurgical** (temps opératoire difficile, points spécifiques de l'intervention, identification des matériels nécessaires, confirmation de leur opérationnalité, etc.) ❑ **Oui** ❑ *Non**
- **sur le plan anesthésique** (risques potentiels liés au terrain ou à des traitements éventuellement maintenus, etc.) ❑ **Oui** ❑ *Non**
  Acte sans prise en charge anesthésique ❑ N/A

9 L'**antibioprophylaxie** a été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement ❑ **Oui** ❑ *Non** ❑ N/R
La préparation du **champ opératoire** est réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement ❑ **Oui** ❑ *Non** ❑ N/A

N/A : quand le critère est **Non Applicable** pour cette intervention
N/R : quand le critère est **Non Recommandé** pour cette intervention

APRÈS INTERVENTION
Pause avant sortie de salle d'opération

10 Confirmation orale par le personnel auprès de l'équipe :
- de l'**intervention enregistrée**, ❑ **Oui** ❑ *Non**
- du **compte final** correct des compresses, aiguilles, instruments, etc. ❑ **Oui** ❑ *Non** ❑ N/A
- de l'**étiquetage** des prélèvements, pièces opératoires, etc. ❑ **Oui** ❑ *Non** ❑ N/A
- si des **événements indésirables** ou **porteurs de risques médicaux** sont survenus : ont-ils fait l'objet d'un signalement / déclaration ? ❑ **Oui** ❑ *Non** ❑ N/A
  Si aucun événement indésirable n'est survenu pendant l'intervention, cochez N/A

11 Les **prescriptions** pour les **suites opératoires** immédiates sont faites **de manière conjointe** entre les équipes chirurgicale et anesthésiste ❑ **Oui** ❑ *Non**

DÉCISION CONCERTÉE EN CAS DE NON-CONFORMITÉ OU DE RÉPONSE MARQUÉE D'UN *

Ex : (6) Allergie patient : médication…
(10) Panne oscillo. : emprunt poste 6

SELON PROCÉDURE EN VIGUEUR DANS L'ÉTABLISSEMENT

Attestation que la check-list a été renseignée suite à un partage des informations entre les membres de l'équipe

Chirurgien **Anesthésiste / IADE** **Coordonateur CL**

LE RÔLE DU COORDONNATEUR CHECK-LIST, SOUS LA RESPONSABILITÉ DU (DES) CHIRURGIEN(S) ET ANESTHÉSISTE(S) RESPONSABLES DE L'INTERVENTION, EST DE NE COCHER LES ITEMS DE LA CHECK-LIST QUE (1) *SI LA VÉRIFICATION A BIEN ÉTÉ EFFECTUÉE*, (2) *SI ELLE A ÉTÉ FAITE ORALEMENT EN PRÉSENCE DES MEMBRES DE L'ÉQUIPE CONCERNÉS* ET (3) *SI LES NON-CONFORMITÉS (MARQUÉES D'UN *) ONT FAIT L'OBJET D'UNE CONCERTATION EN ÉQUIPE ET D'UNE DÉCISION QUI DOIT LE CAS ÉCHÉANT ÊTRE RAPPORTÉE DANS L'ENCART SPÉCIFIQUE.*

CHECK-LIST « SÉCURITÉ DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE » Version 2011 - 01

Mode d'emploi

La Check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » HAS Version 2011-01 comporte les éléments indispensables à vérifier au bloc opératoire avant toute intervention chirurgicale et en ce sens, n'est pas modifiable ; en revanche, elle peut donner lieu à tous développements souhaités par les professionnels dans le cadre de leurs Collèges Professionnels / organismes agréés d'accréditation.

AVANT INDUCTION ANESTHÉSIQUE

Temps de pause avant anesthésie

1. Les professionnels insistent sur l'importance de faire décliner par le patient, son identité. Pour les patients incapables de décliner leur identité, la vérification est effectuée par le personnel en salle selon la procédure d'identivigilance en vigueur dans l'établissement (bracelet, concordance des informations, personnel d'accompagnement, etc.)

2. L'intervention et le site opératoire sont confirmés idéalement par le patient et dans tous les cas, à travers le dossier ou toute autre procédure en vigueur dans l'établissement (réunion de staff, fiches navette par exemple) ou recommandée par les collèges professionnels de la spécialité (marquage, etc.)

3. L'équipe qui reçoit le patient en salle, dispose des informations précisant la nature de l'intervention prévue et les modalités d'installation du patient et vérifie le choix adapté du plateau et la disponibilité des accessoires, etc.

4. La préparation cutanée est documentée dans la fiche de liaison service/bloc opératoire. La préparation est faite selon les recommandations/procédures en vigueur dans l'établissement (douche ou toilette pour les patients dépendants, dépilation éventuelle précisant le mode).

5. Le personnel qualifié vérifie la disponibilité et le bon fonctionnement des instruments, appareils, dispositifs médicaux nécessaires pour l'intervention. Les procédures de vérification de sécurité anesthésique sont effectuées selon la réglementation par les personnels qualifiés en anesthésie.

6. L'équipe anesthésique et infirmière communique sur certains points critiques et adopte les mesures adéquates ; ainsi les anesthésistes s'assurent notamment :
   - en cas de risque d'inhalation / difficulté d'intubation / ventilation au masque, de la confirmation de la disponibilité de l'équipement et de l'assistance prévu ;
   - en cas de risque de saignement important (évalué à plus de 500ml ou 7ml/kg en pédiatrie), de la disponibilité des documents (carte de groupage, RAI, etc.), des accès veineux, des produits et matériels de transfusion, etc.

AVANT INTERVENTION CHIRURGICALE

Temps de pause avant incision

7. Ces vérifications croisées de l'identité, de l'intervention prévue et du site opératoire peuvent sembler répétitives, mais elles sont indispensables pour améliorer la sécurité du patient au bloc opératoire ; ce sont les vérifications ultimes avant le début de l'intervention chirurgicale. Le chirurgien vérifie également que l'installation du patient est cohérente avec le site / intervention chirurgicale et ne présente pas de danger pour le patient.
   Il convient aussi de vérifier au plus tard, à ce moment de la procédure, la disponibilité en salle des documents cliniques et para cliniques nécessaires, notamment d'imagerie.

8. Lors de ce temps de pause préopératoire (aussi appelé *Time-out*), il est également crucial de communiquer au sein des équipes chirurgicale, anesthésiste et infirmière, sur les informations essentielles afin d'anticiper les éléments à risque, notamment :
   - sur le plan chirurgical : pour informer tous les membres de l'équipe des étapes qui peuvent exposer le patient à un risque d'hémorragie importante, de traumatisme ou d'autres causes de morbidité majeure. C'est également l'occasion de revoir les étapes qui peuvent nécessiter un équipement spécial, des implants ou des préparations particulières ;
   - sur le plan anesthésique : pour communiquer, si besoin, sur les comorbidités ou traitements en cours (AAP, anticoagulants, antihypertenseurs, antidiabétique) ;
   - sur le plan infirmier : le personnel doit confirmer qu'il n'y a pas de problème particulier avec le matériel nécessaire à l'intervention (plaque de bistouri, aspiration, colonne vidéo, DM).

9. L'équipe vérifie que l'antibioprophylaxie si elle est indiquée, a bien été effectuée selon les recommandations et protocoles en vigueur dans l'établissement.
   C'est également à cette étape que l'on confirme la préparation du champ opératoire réalisée selon le protocole en vigueur dans l'établissement.

APRÈS INTERVENTION

Pause avant sortie de salle d'opération

10. L'équipe confirme oralement, le type de l'intervention enregistré et s'il y a lieu, le décompte correct des compresses, instruments et aiguilles ainsi que l'identification des prélèvements et des pièces opératoires.
    Il importe que tout problème d'équipement survenant pendant une intervention soit signalé, déclaré par l'équipe.

11. Les prescriptions pour les suites opératoires immédiates sont faites de manière conjointe pour la prise en charge postopératoire du patient (notamment, la prévention thromboembolique).

En cas d'écart avec la check-list, la décision concertée de poursuivre (selon un mode normal ou dégradé) ou d'interrompre la procédure chirurgicale doit être précisée à ce niveau.

La décision de demander aux professionnels d'attester de leur participation active au renseignement de la check-list, relève des instances administrative et médicale de l'établissement et a pour seul but de favoriser l'utilisation optimale de la check-list.

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

1. La check-list est-elle utilisée ?

Objectifs

Ce premier niveau “quantitatif” d’appréciation permet d’évaluer la réalité de l’utilisation de la check-list (CL) dans les blocs opératoires de l’établissement. Cette trame peut être utilisée aussi bien pour accompagner la mise en place du “programme check-list” que pour en assurer le suivi.

Le “**niveau 1**” permet aussi de s’assurer que le programme CL a bénéficié de l’implication des instances de l’établissement et notamment de celle de la CME. Cet engagement est essentiel pour assurer un accompagnement lors de la mise en place du programme et son suivi par l’organisation de retours d’expérience. Ces derniers sont indispensables pour déterminer les adaptations et personnalisations nécessaires en fonction des difficultés rencontrées.

Il comporte enfin une évaluation de la façon dont les patients sont informés et associés à ce programme.

Mode d'emploi

Cette évaluation concerne deux aspects :

1.1 - Evaluation organisationnelle

Évaluation par une réponse binaire (oui/non) de l’accompagnement à la fois par l’ensemble de l’institution et par le secteur d’activité concerné (service, unité, spécialité).

1.2 - Evaluation des pratiques

Évaluation quantitative (en pourcentage) du renseignement de la CL :
- du nombre de CL remplies par rapport au nombre d’interventions réalisées ;
- du nombre de CL complètement remplies (100 % des items cochés, sans s’attacher à leur analyse qualitative) par rapport au nombre de CL remplies ;
- du taux d’exhaustivité du renseignement des *items 7 et 8* - réalisés au moment du temps de pause préopératoire *(time-out)* et considérés comme les plus représentatifs d’une utilisation optimale de la CL*.

L’établissement de santé, par l’intermédiaire de la structure qu’il aura prévue (sous-groupe de la CME, conseil de bloc, cellule “qualité et gestion des risques”...), organisera le recueil des réponses aux questionnaires selon les modalités les plus appropriées et en tenant compte de la charge de travail que cela induit. Ainsi, les établissements utilisant des supports “papier” pourront faire le choix du tirage au sort – par exemple de 80 dossiers de patients opérés. Afin de faciliter cette mesure, l’analyse sur dossier pourra être couplée à celle annuelle de l’indicateur généralisé DAN (Dossier d’ANesthésie), pour les dossiers comportant une intervention chirurgicale.
Les établissements ayant fait le choix d’informatiser la CL disposeront d’une approche en temps réel avec le recueil exhaustif de ces informations.

Les établissements pourront, s’ils estiment que c’est souhaitable pour l’accompagnement du programme check-list, réaliser cette évaluation en étudiant deux sous-groupes : interventions réglées et celles réalisées en urgence.

* Les établissements de santé ont bien sûr liberté de choisir de faire le suivi d’un autre des items de la check-list qu’ils jugeraient plus pertinents pour la spécificité de leur pratique, par exemple, les prescriptions postopératoires conjointes, ou la présence de l’imagerie au bloc.

1.1 - Evaluation organisationnelle

La CL “Sécurité du patient au bloc opératoire”	Oui	Non
1. Fait-elle l’objet d’une présentation en CME au moins une fois par an (lors de la mise en place ou du suivi ultérieur) ?	☐	☐
2. Fait-elle l’objet d’une réunion d’information/discussion dans chaque bloc et/ou secteur (conseil de bloc, réunion d’équipe, staff...) au moins une fois par an (lors de la mise en place ou du suivi ultérieur) ?	☐	☐
3. Fait-elle l’objet d’une information à la commission de relation avec l’usager (CRU) au moins une fois par an (lors de la mise en place ou du suivi ultérieur) ?	☐	☐
4. Fait-elle l’objet d’une information au patient (livret d’accueil, affiche...) ?	☐	☐
5. Est-elle disponible dans tous les blocs (sous forme papier ou électronique) ?	☐	☐
6. Son mode d’emploi est-il disponible dans tous les blocs (sous forme papier ou électronique) ?	☐	☐
7. Autre (selon, le choix de l’établissement)	☐	☐

1.2 - Evaluation des pratiques

Utilisation en routine de la CL “Sécurité du patient au bloc opératoire”	
1. Taux d’exhaustivité d’utilisation de la CL *nombre de CL renseignées/nombre d’interventions réalisées*	%
2. Taux d’exhaustivité du renseignement de la CL *nombre de CL entièrement renseignées/nombre de CL*	%
3. Taux d’exhaustivité du renseignement des items 7 et 8 de la CL *nombre de CL ou **les items 7 et 8** sont renseignés/nombre de CL*	%
4. Taux d’exhaustivité du renseignement d’un autre item de la CL *(selon le choix de l’établissement) nombre de CL ou **L’item**... Est renseigné/nombre de CL*	%

2. La check-list est-elle bien utilisée ?

Objectifs

Ce deuxième niveau d'évaluation aborde l'analyse qualitative de l'utilisation de la CL. Il cherche à apprécier la qualité du partage des informations en évaluant la participation réelle des différents membres de l'équipe médico-soignante ainsi que le niveau de communication.

Cette évaluation "formative" semble la plus intéressante de l'avis de ceux qui l'ont déjà utilisée dans leur propre établissement, pour expliquer et soutenir la démarche. Elle nécessite, pour être efficace, l'organisation d'un retour d'expérience qui permettra de personnaliser la CL en fonction des pratiques de sécurité déjà en vigueur au sein des équipes. Cette approche permet enfin de mieux appréhender les freins à l'utilisation optimale de la check-list et ainsi de définir les meilleures approches pour les lever en s'aidant éventuellement d'autres supports (aide-mémoires, protocoles...).

Mode d'emploi

Pour évaluer l'utilisation de la check-list dans les blocs opératoires, les établissements pourront choisir l'un des deux (ou les deux) supports suivants :

2.1 - Audit des pratiques

Un audit des pratiques réalisé idéalement par un (ou plusieurs) observateurs extérieurs au secteur interventionnel, selon des modalités qui seront définies *par les établissements* (nombre et périodicité d'interventions, modalités de présence de l'observateur – ou des observateurs).
Ces observations seront réalisées sur un échantillon le plus représentatif possible de l'activité de l'ES. La taille minimum recommandée pour une évaluation pertinente est de trente observations.

2.2 - Questionnaire individuel

Un questionnaire simplifié d'opinion des différentes catégories de professionnels du bloc opératoire, concernant l'utilisation de la CL.

Les résultats de l'une et/ou l'autre de ces approches seront analysés et feront évidemment l'objet d'un retour structuré auprès de la Direction, de la CME et des équipes elles-mêmes.

2.1 - Audit des pratiques
Utilisation de la check-list (CL) sécurité du patient au bloc opératoire

Observation N° : ..... Date : |_|_| |_|_| 201

Bloc : ..... Observateur(s) : .....

	Etape 1 : Avant induction anesthésique	Etape 2 : Avant intervention	Etape 3 : Après intervention
PROFESSIONNELS PRÉSENTS lors des différents temps de la CL :			
- le chirurgien senior	☐ oui	☐ oui	☐ oui
- l'interne en chirurgie ☐ NA	☐ oui	☐ oui	☐ oui
- l'IBODE/IDE	☐ oui	☐ oui	☐ oui
- le médecin anesthésiste réanimateur (MAR)	☐ oui	☐ oui	☐ oui
- l'interne en anesthésie ☐ NA	☐ oui	☐ oui	☐ oui
- l'IADE ☐ NA	☐ oui	☐ oui	☐ oui
PROFESSIONNELS QUI INITIENT la CL *(plusieurs réponses possibles)* → *Leadership*	☐ Chirurgien	☐ Chirurgien	☐ Chirurgien
	☐ MAR	☐ MAR	☐ MAR
	☐ IADE	☐ IADE	☐ IADE
	☐ IBODE/IDE	☐ IBODE/IDE	☐ IBODE/IDE
	☐ Autre*	☐ Autre*	☐ Autre*
PROFESSIONNELS QUI PARTICIPENT à la réalisation de la CL *(plusieurs réponses possibles)* → *Participation*	☐ Chirurgien	☐ Chirurgien	☐ Chirurgien
	☐ MAR	☐ MAR	☐ MAR
	☐ IADE	☐ IADE	☐ IADE
	☐ IBODE/IDE	☐ IBODE/IDE	☐ IBODE/IDE
	☐ Autre*	☐ Autre*	☐ Autre*
PROFESSIONNELS QUI ASSURENT LE RÔLE DE COORDONNATEUR CL : celui qui pose les questions et les notifie sur le support *(plusieurs réponses possibles)* → *Validation*	☐ Chirurgien	☐ Chirurgien	☐ Chirurgien
	☐ MAR	☐ MAR	☐ MAR
	☐ IADE	☐ IADE	☐ IADE
	☐ IBODE/IDE	☐ IBODE/IDE	☐ IBODE/IDE
	☐ Autre*	☐ Autre*	☐ Autre*
Les **VÉRIFICATIONS** sont **RÉALISÉES À HAUTE VOIX**	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Les **CONDITIONS DE RÉALISATION DE LA CL** sont **OPTIMALES** (silence dans la salle, qualité d'écoute)	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
TOUS LES ITEMS sont **VÉRIFIÉS**	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
TOUS LES ITEMS ont été **COCHÉS EN TEMPS RÉÉL**	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non	☐ oui ☐ non
Un professionnel a eu des **RÉACTIONS NÉGATIVES LORS DE LA RÉALISATION DE LA CL :** comportement d'opposition, refus de verbaliser... *(plusieurs réponses possibles)*	☐ Chirurgien	☐ Chirurgien	☐ Chirurgien
	☐ MAR	☐ MAR	☐ MAR
	☐ IADE	☐ IADE	☐ IADE
	☐ IBODE/IDE	☐ IBODE/IDE	☐ IBODE/IDE
	☐ Autre*	☐ Autre*	☐ Autre*
La CL vous semble avoir été utilisée de manière **Satisfaisante** → **côter de 1 (pas du tout) à 4 (très)**			
REMARQUES			

**par exemple : interne*

2.2 - Questionnaire individuel d'opinion sur l'utilisation de la check-list

Vous êtes : ☐ Chirurgien ☐ Anesthésiste ☐ Cadre de Santé ☐ IDE ☐ IBODE ☐ IADE ☐ Autre

Quelle est votre opinion sur l'utilisation de la CL "Sécurite du patient au Bloc opératoire" ?	*1. Pas du tout d'accord - 2. Pas d'accord - 3. D'accord - 4. Tout à fait d'accord - NSP*				
	1	2	3	4	NSP
La CL améliore le **partage au sein de l'équipe, des informations** concernant le patient et/ou l'intervention	☐	☐	☐	☐	☐
La CL permet la **vérification croisée de certains points essentiels** avant la réalisation de l'intervention	☐	☐	☐	☐	☐
La CL est une **opportunité pour éviter les erreurs** ou dysfonctionnements lors de la réalisation d'une intervention	☐	☐	☐	☐	☐
La CL permet **de renforcer les liens entre les différents professionnels de l'équipe**	☐	☐	☐	☐	☐
La CL contribue à **développer la culture sécurité** au sein du secteur d'activité	☐	☐	☐	☐	☐
La CL est **un outil intéressant pour les professionnels en formation** (médecins ou soignants)	☐	☐	☐	☐	☐

Quelles sont selon vous les difficultés soulevées par l'utilisation de la CL ?	*1. Pas du tout d'accord - 2. Pas d'accord - 3. D'accord - 4. Tout à fait d'accord*			
	1	2	3	4
La CL est une formalité administrative supplémentaire	☐	☐	☐	☐
La CL entraîne une perte de temps ou ralentit l'activité	☐	☐	☐	☐
La CL est redondante avec d'autres documents ou procédures	☐	☐	☐	☐
La CL est inutile pour certaines interventions rodées	☐	☐	☐	☐
La CL est inutile pour des équipes stables	☐	☐	☐	☐
La CL est difficile à mettre en œuvre pour les interventions réalisées en urgence	☐	☐	☐	☐
Il est difficile pour un(e) infirmier(e) de coordonner la check-list, en particulier s'il n'y a pas de soutien des médecins	☐	☐	☐	☐
L'échange d'informations orales entre les différents professionnels impliqués est difficile à obtenir	☐	☐	☐	☐
La "théâtralisation" due à la verbalisation à haute voix est difficile à accepter et/ou mettre en œuvre	☐	☐	☐	☐
Les vérifications multiples sont anxiogènes pour le patient (identité...)	☐	☐	☐	☐
Certains critères sont confus ou inadaptés ou inapplicables à certaines activités	☐	☐	☐	☐
Le choix des réponses est inadapté / pas assez souple	☐	☐	☐	☐
Il est dommage que certains risques ne soient pas nominativement abordés (stérilisation des matériels, risque Prion...)	☐	☐	☐	☐
La CL est très répétitive, ce qui est un obstacle au maintien de la dynamique	☐	☐	☐	☐
La CL est une remise en cause des compétences professionnelles	☐	☐	☐	☐
La CL peut entraîner des problèmes médico-légaux, en cas d'événement indésirable	☐	☐	☐	☐
La désignation d'un coordonnateur est difficile car cela pose des problèmes de responsabilité	☐	☐	☐	☐
Lors de la réalisation de la CL, il arrive que l'on n'ose pas contredire quelqu'un qui donne une réponse erronée	☐	☐	☐	☐

Suite du questionnaire : **2.2 - Questionnaire individuel d'opinion sur l'utilisation de la check-list**

Appréciation globale sur l'utilité de la CL	*1. Pas du tout d'accord - 2. Pas d'accord - 3. D'accord - 4. Tout à fait d'accord*			
	1	2	3	4
Considérant les aspects positifs et négatifs, vous diriez que la CL est **utile pour améliorer la sécurité des patients** lors des interventions chirurgicales	☐	☐	☐	☐

Selon vous, les éléments suivants ont-ils facilité l'information des professionnels sur la check-list et sa mise en œuvre dans votre établissement ?	*1. Pas du tout d'accord - 2. Pas d'accord - 3. D'accord - 4. Tout à fait d'accord - NSP*				
	1	2	3	4	NSP
Les actions d'information organisées au niveau de l'établissement (réunions d'information CME, conseil de bloc, journal interne...)	☐	☐	☐	☐	☐
Les réunions d'équipes au bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐
Les actions de formation proposés aux professionnels (formation "classique", simulation...)	☐	☐	☐	☐	☐
Les outils d'accompagnement conçus en interne (procédure, adaptations, informatisation...)	☐	☐	☐	☐	☐
Les actions d'évaluation/audit de la CL réalisées dans l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
L'information diffusée par les organismes professionnels et les sociétés savantes	☐	☐	☐	☐	☐
L'information diffusée par la HAS sur son site et via les médias professionnels et grand public	☐	☐	☐	☐	☐
Les outils proposés par la has (FAQ, mode d'emploi...)	☐	☐	☐	☐	☐
La préparation de la certification has de votre établissement	☐	☐	☐	☐	☐

Pensez-vous avoir été suffisamment informé et formé sur l'utilisation et l'intérêt/utilité de cette check-list ?	OUI	NON	NSP
	☐	☐	☐

3. La check-list a-t-elle un impact organisationnel sur la “Culture sécurité” au sein de l’établissement ?

Objectifs

Le niveau 3 s’attache à apprécier l’utilisation que les professionnels font de la check-list et en particulier si la détection de problèmes, surtout s’ils sont récurrents, a entraîné des améliorations perceptibles. Dans l’idéal, ces modifications auront été décidées dans le cadre d’une concertation en équipe (staff informel, ou mieux réunion de morbi-mortalité (RMM), particulièrement adaptée à ce type de situation).

A ce stade, certains établissements pourront engager une réflexion plus approfondie sur l’implantation de la “culture de sécurité” au sein de leurs blocs opératoires.

Mode d’emploi

Deux niveaux de questionnaires **sont proposés aux établissements** en vue de déterminer l’impact de la check-list sur les équipes de bloc opératoire et l’acquisition d’une culture “sécurité”.

3.1 - Evaluation de l’impact organisationnel de la check-list

Ce premier questionnaire à renseigner permet d’apprécier l’efficacité de la CL pour détecter des événements “non-conformes” ainsi que leurs conséquences organisationnelles immédiates. Il évalue aussi les mesures prises par les acteurs de soins et l’institution pour analyser et tirer les conséquences de ces évènements.
Le retour d’expérience fait aux équipes étant un point essentiel pour obtenir l’adhésion des professionnels à ce type de démarches, son impact est aussi évalué.
Ce questionnaire est à renseigner par la structure mise en place par l’établissement (sous-groupe de la CME, cellule “qualité et gestion des risques”...).

3.2 - Questionnairs “sécurité”

Ces questionnaires sont proposés aux établissements qui souhaitent sensibiliser leurs équipes à la notion de “culture sécurité” et, éventuellement, suivre son évolution dans le temps.
Deux questionnaires sont à disposition des ES.

3.2.1 - Questionnaire culture sécurité (SAQ), simplifié et adapté “HAS”

Cet outil simplifié est dérivé du Safety Attitudes Questionnaire (SAQ), dont la version modifiée et adaptée au bloc opératoire a été utilisé dans différentes publications d’un bon niveau scientifique. Il comporte 6 items en relation avec la notion de travail en équipe et de “climat” sécurité, domaines qui semblent les plus probablement en lien avec la mise en œuvre d’outils type check-lists[4].

3.2.2 - Questionnaire sécurité AHRQ[5]/ validé CCECQA[6]

Nous proposons ici un outil validé par l’AHRQ américaine et adapté en France par le CCECQA qui a aussi réalisé un mode d’emploi détaillé[7].
Ce dernier questionnaire est assez lourd à mettre en œuvre et à exploiter, mais très informatif, à condition qu’il soit rempli par un nombre important de professionnels représentant les divers statuts et activités. On considère que les résultats représentent significativement les perceptions, les attitudes et les pratiques déclarées des professionnels en matière de sécurité des soins, dans leur unité de travail, si le taux de participation est d’au moins 80 %. Il impose une implication importante de l’ES pour motiver les équipes et un respect parfait de l’anonymat.

---

[4] Haynes A *et Al.* Changes in safety attitude and relationship to decreased postoperative morbidity and mortality following implementation of a checklist-based surgical safety intervention. *BMJ Qual Saf. 2011*; 20: 102-107 Agency for Healthcare Research and Quality
[5] Agency for Healthcare Recherch and Quality
[6] Comité de Coordination de l’Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine
[7] http://www.prisme.omedit-aquitaine.fr/guide-dutilisation-du-questionnaire-de-culture-de-securite

3.1 - Evaluation de l'impact organisationnel de la check-list

La mise en place de la CL a t-elle induit une (des) modification(s) organisationnelle(s) (procédure, protocole, programmation opératoire, staff...) ?	OUI	NON	NSP
	☐	☐	☐

La CL a t-elle permis de détecter, au cours de l'année écoulée, des situations en "non conformité"?	OUI	NON	NSP
	☐	☐	☐

S'il a été identifié des événements en "non conformité", quelle a été la suite ?	Toujours	Parfois	Jamais	NSP
a) Ont-ils été à l'origine d'une annulation ?	☐	☐	☐	☐
b) Ont-ils été à l'origine d'un retard ?	☐	☐	☐	☐
c) Ont-ils été signalés au service/équipe ?	☐	☐	☐	☐
d) Ont-ils été à l'origine d'une déclaration ?	☐	☐	☐	☐
e) Ont-ils été analysés lors d'une réunion de l'équipe ?	☐	☐	☐	☐
f) Ont-ils été analysés au cours d'une rmm ?	☐	☐	☐	☐
g) Ont-ils permis des d'améliorations ?	☐	☐	☐	☐

Les équipes ont-elles constaté, au cours de l'année écoulée, une amélioration des problèmes organisationnels rencontrés, notamment grâce à l'exploitation des CL ?	OUI	NON	NSP
	☐	☐	☐

Organisation de revue systématisée, *type réunion de morbi-mortalité (RMM)*				
Y a-t-il dans votre secteur d'activité, une RMM à l'occasion de laquelle peuvent être analysés les items en "non conformité"?			Oui	Non
- si oui, cette RMM comporte-t-elle la participation de :	Toujours	Parfois	Jamais	NSP
a. Chirurgiens ?	☐	☐	☐	☐
b. Anesthésistes ?	☐	☐	☐	☐
c. Cadres du BO ?	☐	☐	☐	☐
d. IBODE ?	☐	☐	☐	☐
e. IADE ?	☐	☐	☐	☐
f. IDE ?	☐	☐	☐	☐
g. AS ?	☐	☐	☐	☐
h. Spécialistes de la gestion des risques ?	☐	☐	☐	☐
i. Administratifs ?	☐	☐	☐	☐

- existe t-il pour cette RMM ?	Oui	Non
a. Un fonctionnement formalisé ? (procédure écrite, charte, règlement intérieur)	☐	☐
b. Un compte-rendu écrit des séances avec diffusion aux équipes ?	☐	☐
c. Un bilan annuel d'activités ?	☐	☐
d. Un suivi des actions d'amélioration mises en œuvre ?	☐	☐
A titre indicatif		
Quel est le % de médecins engagés dans un programme **d'accréditation** dans l'équipe/secteur d'activité		%

3.2 - Questionnaire “sécurité”

3.2.1. Questionnaire culture sécurité (SAQ), simplifié et adapté “HAS”

Ce questionnaire permet de connaître votre opinion sur les problèmes de sécurité des soins au sein du bloc opératoire. Le temps estimé pour remplir ce questionnaire est de 5 minutes.

Merci de donner une cotation, sur une échelle de Likert allant de 1 : désaccord fort, à 5 : accord fort	1	2	3	4	5
Je me sentirais en sécurité si je devais être pris en charge en tant que patient, dans cet établissement	☐	☐	☐	☐	☐
Le partage des informations entre professionnels au bloc *(briefing)* avant une intervention chirurgicale est important pour la sécurité du patient	☐	☐	☐	☐	☐
Je suis encouragé par mes collègues (et mon environnement professionnel) à déclarer tous les événements en lien avec la sécurité dont j’ai pu avoir connaissance	☐	☐	☐	☐	☐
Dans les blocs opératoires de cet établissement, il est facile d’intervenir clairement *(à haute voix)* si je perçois un problème pour la sécurité des patients	☐	☐	☐	☐	☐
Les médecins et les infirmières travaillent au bloc opératoire en équipes bien coordonnées	☐	☐	☐	☐	☐
Les professionnels observent scrupuleusement les règles ou recommandations établies pour le bloc opératoire	☐	☐	☐	☐	☐

3.2.2. Questionnaire sécurité AHRQ / validé CCECQA

Ce questionnaire permet de connaître votre opinion sur les problèmes de sécurité des soins, les erreurs médicales, et le signalement des événements indésirables au sein du bloc opératoire. Le temps estimé pour remplir ce questionnaire est de 15 minutes.

Identification du service ou de l'unité fonctionnelle : .....
Merci de noter l'heure de DEBUT de remplissage : ☐☐ heures ☐☐ minutes

SECTION A : Votre Service ou votre Unité Fonctionnelle

Indiquez votre accord ou votre désaccord avec les affirmations suivantes concernant votre service ou votre unité fonctionnelle. Entourez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

1. Pas du tout d'accord - 2. Pas d'accord - 3. Neutre - 4. D'accord - 5. Tout à fait d'accord	1	2	3	4	5
1. Les personnes se soutiennent mutuellement dans le service	☐	☐	☐	☐	☐
2. Nous avons suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail	☐	☐	☐	☐	☐
3. Quand une importante charge de travail doit être effectuée rapidement, nous conjuguons nos efforts en équipe	☐	☐	☐	☐	☐
4. Dans le service, chacun considère les autres avec respect	☐	☐	☐	☐	☐
5. Le nombre d'heures de travail des professionnels de l'équipe est trop important pour assurer une qualité optimale des soins	☐	☐	☐	☐	☐
6. Nous menons des actions afin d'améliorer la sécurité des soins	☐	☐	☐	☐	☐
7. Nous faisons trop appel à du personnel intérimaire pour assurer une qualité optimale des soins	☐	☐	☐	☐	☐
8. Le personnel a l'impression que ses erreurs lui sont reprochées	☐	☐	☐	☐	☐
9. Dans notre service, les erreurs ont conduit à des changements positifs	☐	☐	☐	☐	☐
10. C'est uniquement par hasard s'il n'y a pas eu des erreurs plus graves dans le service jusqu'ici	☐	☐	☐	☐	☐
11. Quand l'activité d'un secteur du service est très dense, les autres secteurs lui viennent en aide	☐	☐	☐	☐	☐
12. Au contact des collègues du service, nous améliorons nos pratiques en termes de sécurité des soins	☐	☐	☐	☐	☐
13. Lorsqu'un événement est signalé, on a l'impression que c'est la personne qui est pointée du doigt et non le problème	☐	☐	☐	☐	☐
14. Après avoir mis en place des actions d'amélioration de la sécurité des soins, nous évaluons leur efficacité	☐	☐	☐	☐	☐
15. Nous travaillons en mode de crise, en essayant de faire trop de choses, trop rapidement	☐	☐	☐	☐	☐
16. La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important	☐	☐	☐	☐	☐
17. Le personnel s'inquiète du fait que les erreurs soient notées dans les dossiers administratifs du personnel	☐	☐	☐	☐	☐
18. Nous avons des problèmes de sécurité des soins dans ce service	☐	☐	☐	☐	☐
19. Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d'erreurs	☐	☐	☐	☐	☐

Suite du questionnaire : **3.2.2. Questionnaire sécurité AHRQ / validé CCECQA**

SECTION B : Votre supérieur hiérarchique immédiat (cadre de santé, chef de service, référent…)

Pour les médecins libéraux ou les chefs de service : la Direction de l'établissement, la Direction médicale ou le Directeur de pôle

Indiquez votre accord ou désaccord avec les affirmations suivantes concernant votre service ou unité fonctionnelle. Cochez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

1. Pas du tout d'accord - 2. Pas d'accord - 3. Neutre - 4. D'accord - 5. Tout à fait d'accord	1	2	3	4	5
1. Mon supérieur hiérarchique immédiat exprime sa satisfaction quand il/elle voit un travail réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins	☐	☐	☐	☐	☐
2. Mon supérieur hiérarchique immédiat tient vraiment compte des suggestions du personnel pour améliorer la sécurité des soins	☐	☐	☐	☐	☐
3. Chaque fois que la pression augmente, mon supérieur hiérarchique immédiat veut nous faire travailler plus rapidement, même si c'est au détriment de la sécurité	☐	☐	☐	☐	☐
4. Mon supérieur hiérarchique immédiat néglige les problèmes récurrents de sécurité des soins	☐	☐	☐	☐	☐

SECTION C : Communication

Avec quelle fréquence les situations suivantes surviennent dans votre service ou votre unité fonctionnelle ? Cochez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

1. Jamais - 2. Rarement - 3. De temps en temps - 4. La plupart du temps - 5. Toujours	1	2	3	4	5
1. Nous recevons un retour d'information sur les actions mises en place suite au signalement d'un événement	☐	☐	☐	☐	☐
2. Le personnel s'exprime librement s'il voit quelque chose dans les soins qui peut avoir des conséquences négatives sur les patients	☐	☐	☐	☐	☐
3. Nous sommes informés des erreurs qui se produisent dans le service	☐	☐	☐	☐	☐
4. Le personnel se sent libre de remettre en cause les décisions ou les actions de ses supérieurs	☐	☐	☐	☐	☐
5. Dans le service, nous discutons des moyens à mettre en place afin que les erreurs ne se reproduisent pas	☐	☐	☐	☐	☐
6. Le personnel a peur de poser des questions quand quelque chose ne semble pas être correct	☐	☐	☐	☐	☐

SECTION D : Fréquence de signalement des événements indésirables

Quand les erreurs suivantes surviennent, avec quelle fréquence sont-elles signalées dans votre service ou votre unité fonctionnelle ? Cochez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

1. Jamais - 2. Rarement - 3. De temps en temps - 4. La plupart du temps - 5. Toujours	1	2	3	4	5
1. Quand une erreur est faite, mais est détectée et corrigée avant d'avoir affecté le patient, elle est signalée...	☐	☐	☐	☐	☐
2. Quand une erreur est faite, mais n'a pas le potentiel de nuire au patient, elle est signalée...	☐	☐	☐	☐	☐
3. Quand une erreur est faite, et qu'elle pourrait nuire au patient mais qu'elle n'a finalement pas d'effet, elle est signalée...	☐	☐	☐	☐	☐

SECTION E : Niveau de sécurité des soins

Globalement, à quel niveau situez-vous la sécurité des soins dans votre service ou votre unité fonctionnelle ? Cochez UNE seule réponse.

☐ Excellent	☐ Très bon	☐ Acceptable	☐ Faible	☐ Défaillant

Suite du questionnaire : **3.2.2. Questionnaire sécurité AHRQ / validé CCECQA**

SECTION F : Votre établissement de santé

Indiquez votre accord ou désaccord avec les affirmations suivantes concernant votre établissement de santé. Cochez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

1. Pas du tout d'accord - 2. Pas d'accord - 3. Neutre - 4. D'accord - 5. Tout à fait d'accord	1	2	3	4	5
1. La Direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins	☐	☐	☐	☐	☐
2. Les services de l'établissement ne se coordonnent pas bien les uns avec les autres	☐	☐	☐	☐	☐
3. Des dysfonctionnements surviennent quand les patients sont transférés d'une unité à l'autre	☐	☐	☐	☐	☐
4. Il y a une bonne coopération entre les services qui doivent travailler ensemble	☐	☐	☐	☐	☐
5. D'importantes informations concernant les soins des patients sont souvent perdues lors des changements d'équipes	☐	☐	☐	☐	☐
6. Il est souvent déplaisant de travailler avec le personnel des autres services de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
7. Des problèmes surviennent souvent dans les échanges d'information entre les services de l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐
8. Les actions menées par la direction de l'établissement montrent que la sécurité des soins est une des premières priorités	☐	☐	☐	☐	☐
9. La direction de l'établissement semble s'intéresser à la sécurité des soins uniquement après qu'un événement indésirable se soit produit	☐	☐	☐	☐	☐
10. Les services de l'établissement travaillent ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins	☐	☐	☐	☐	☐
11. Les changements d'équipes sont problématiques pour les patients dans l'établissement	☐	☐	☐	☐	☐

SECTION G : Nombre d'événements indésirables signalés

Au cours des 12 derniers mois, combien de fiches de signalement des événements indésirables avez-vous remplies et transmises ? Cochez UNE seule réponse.

☐ Aucune ☐ 1 à 2 fiches ☐ 3 à 5 fiches ☐ 6 à 10 fiches ☐ 11 à 20 fiches ☐ Plus de 20 fiches

SECTION H : Informations générales...

Cochez UNE seule réponse.

1. Vous êtes...

☐ Médecin ☐ Infimier(e) ☐ Sage-femme ☐ Aide-soignant(e) ☐ Autre

2. Depuis combien d'années exercez-vous votre spécialité ou profession actuelle ?

☐ Moins de 1 an ☐ 1 à 2 ans ☐ 3 à 5 ans ☐ 6 à 10 ans ☐ 11 ans ou plus

3. Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet établissement de santé ?

☐ Moins de 1 an ☐ 1 à 2 ans ☐ 3 à 5 ans ☐ 6 ans ou plus

4. Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?

☐ Moins de 1 an ☐ 1 à 2 ans ☐ 3 à 5 ans ☐ 6 ans ou plus

5. Vous travaillez dans ce service

☐ Moins de 50% de votre temps de travail ☐ Plus de 50% de votre temps de travail

6. Participez-vous ou avez-vous participé dans cet établissement à des structures ou des comités de gestion des risques (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, Comité de Lutte contre la Douleur, Vigilances, Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles, etc.) **?**

☐ OUI ☐ NON

SECTION I : Vos commentaires

Merci de noter l'heure de FIN de remplissage : |_|_| heures |_|_| minutes

4. La check-list a-t-elle un impact pour les patients ?

Objectifs

Si le niveau 4 est le plus intéressant, pour les professionnels, les pouvoirs publics et les patients, sa réalisation est la plus difficile actuellement. Son but est de définir et de suivre des indicateurs d'impact permettant d'authentifier de réelles améliorations dans la prise en charge des malades grâce à la procédure "check list".

Elle implique un investissement plus important de l'établissement dans l'organisation du recueil prospectif des informations.

Ce niveau propose deux versants :

- Le niveau 4.1 recherche des effets *directement liés* à l'application de la CL : il permettra de noter si des événements porteurs de risque ont pu être évités par l'application de la check-list, ou si certains événements indésirables *qui ne devraient plus arriver* ("never events") auraient pu être évités par une bonne application de la procédure.

Le niveau 4.2 analyse les événements indésirables ayant compliqué l'intervention ou ses suites, qu'ils aient pu ou non être évités par l'application de la check list. Ils sont plus complexes à comptabiliser et à analyser.

Mode d'emploi

Un certain nombre de critères sont proposés à titre indicatif : les établissements peuvent en choisir un ou plusieurs. Ils ne sont pas exhaustifs et les établissements pourront suivre d'autres indicateurs dont ils auront vérifié la pertinence.

4.1 - Impact CL pour les patients

Il implique un traçage des "items non conformes" et des réunions d'équipe/RMM.

4.2 - Impact programmés sécurité pour les patients

Pour ce niveau, il est certain qu'au mieux les données recueillies dans ce type d'évaluation devraient l'être en collaboration avec les départements d'informatique médicale ou les médecins responsables du PMSI - cf. réflexion en cours sur les PSI [8] (en cours de validation) à la DRESS au ministère de la santé [9].

Ces supports sont à renseigner par la structure mise en place par l'établissement (sous-groupe de la CME, direction "qualité et gestion des risques"...).

[8] Indicateur "sécurité patient" (Patient safety indicators)
[9] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1055802/rapport-psi-patient-safety-indicators-indicateurs-de-securite-des-soins?portal=c_63456

4.1 Impact CL pour les patients

1. L'identification des "événements qui ne devraient plus arriver" ("never events")			
- Avez-vous observé au cours de l'année écoulée de tels événements ?	Oui	Non	NSP
1.1. Erreur d'identité	☐	☐	☐
1.2. Erreur de site	☐	☐	☐
1.3. Erreur de matériel implanté	☐	☐	☐
1.4. Oubli de matériel/compresse après l'intervention	☐	☐	☐
1.5. Oubli ou erreur de l'antibioprophylaxie recommandée	☐	☐	☐
La CL a t-elle permis de repérer et d'intercepter des événements porteurs de risques (EPR) ?	Oui	Non	NSP
1.6. Erreur d'identité	☐	☐	☐
1.7. Erreur de site	☐	☐	☐
1.8. Erreur de matériel implanté	☐	☐	☐
1.9. Oubli de matériel/compresse après l'intervention	☐	☐	☐
1.10. Oubli ou erreur de l'antibioprophylaxie recommandée	☐	☐	☐
- Quel est le délai (en mois) depuis le dernier "never event" ?			mois
2. Nombre d'interventions annulées ou retardées nombre d'interventions programmées :			**%**
3. Nombre de contentieux/nombre d'interventions réalisées :			**%**

4.2 Impact Programmes sécurité pour les patients

1. Effets indésirables postopératoires	
a. Nombre de ré-hospitalisations dans le mois suivant l'intervention/nombre de sorties après intervention	
b. Nombre d'admissions non programmées en réanimation/nombre d'interventions	
c. Nombre de ré-interventions non programmées dans les suites opératoires/nombre d'interventions	
d. Nombre de décès en per-opératoire et postopératoire (30 Jours suivants)/ nombre d'interventions effectuées	
Autres...	
2 - Indicateur SURVISO [10]	
3 - Indicateurs Sécurité patients (PSI)	
a. Taux de septicémies postopératoires	
b. Taux d'embolies pulmonaires et/ou de thromboses veineuses profondes après prothèse totale de hanche ou de genou	
Autres...	

[10] indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire